



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

228/20 - DONA DE 75 ANYS AMB LUMBÀLGIA QUE NO MILLORA

S. Cobo Guerrero, I. Ojeda Cuchillero, A. Molero Arcos, M. Martí Nogué, M. León Sanromà, J. Toll Clavero yM. Soler Costa

Metge de Família. CS La Gavarra. Cornellà de Llobregat.

Resumen

Descripció del cas: Dona de 75 anys que presenta palpitations i dispnea, objectivant-se ACxFA ràpida. Amb amiodarona passa a ritme sinusal. Donada d'alta amb betabloquejants i control especialista. Presenta episodis recidivants de taquiarrítmies, consultant moltes vegades a l'Atenció Primària i urgències. Múltiples ingressos per insuficiència cardíaca secundària a ACxFA ràpida. Paral·lelament consulta per lumbàlgia mecànica que s'inicia després d'una estada a Urgències perllongada. Presenta dolor lumbar irradiat a abdomen d'unes tres setmanes d'evolució, el moviment l'empitjora, no desperta per la nit, sense canvis en intensitat des de l'inici. Millora en decúbit supí i amb medicació analgèsica/antiinflamatòria.

Exploració i proves complementàries: Dolor a la pressió apòfisis espinoses dorso-lumbar, PPLB negativa. Lassegue i Bragard negatius, dolor flexió lumbar millorant quan passa de 30°, i dolor també a l'extensió lumbar. Afebril. Exploració neurològica sense dèficits motors/sensitius. Reconsulta per empitjorament del dolor que ja no controlat amb analgèsia convencional. Analítica amb proteinograma: PCR elevada (12), VSG elevada (41), anèmia normocítica-normocroma. Rx lumbar: escoliosis i signes degeneratius. Eco abdominal: normal. RNM urgent: signes d'espondilodiscitis D12-L1-L2. Amb aquest resultat es contacta telefònicament amb el traumatòleg de guàrdia de l'hospital de referència per a ingress.

Judici clínic: Es tracta d'una dona de 75 anys amb múltiples consultes a urgències i ingressos per una ACxFA ràpida i de difícil control que presenta una lumbàlgia inicialment de característiques mecàniques, però amb mala evolució. Des d'Atenció Primària es detecten ràpidament els signes d'alarma i es fan les proves adients per fer el diagnòstic, en aquest cas una espondilodiscitis. Es tracta d'una patologia infecciosa poc freqüent però que cal tenir en compte en pacients que han sofert proves invasives durant ingressos previs (analítiques de repetició, sondatge vesical...). Una vegada fet el diagnòstic es va objectivar que dos mesos abans la pacient havia presentat un episodi de flebitis al braç on havia tingut la via posada.

Diagnòstic diferencial: Lumbàlgia mecànica. Hèrnia discal. Fractura vertebral. Metàstasi òssia. Mieloma múltiple.

Comentari final: És important la situació estratègica del metge de família perquè al conèixer els pacients pot detectar ràpidament els signes d'alarma, que en cas de no conèixer-los poden passar inadvertits inicialment. Aquesta pacient va estar ingressada a l'hospital de 3er nivell (no era el que

tocava per zona) i es va completar l'estudi amb PPD, hemocultius, urocultiu, Ggrafia, serologies *Brucella* tots negatius i PAAF guiada per TAC obtenint-se resultats negatius de PCR panbacteriana i cultius convencionals. Donada la negativitat de la punció en el context d'espondilodiscitis subaguda es va decidir iniciar tractament empíric amb rifampicina 600 mg c/24h + levofloxacino 500 mg c/24h via oral fins completar 8 setmanes. Sedestació i deambulació amb corsé.

BIBLIOGRAFIA

1. Guies de pràctica clínica: Patologia de la columna lumbar en l'adult. Institut Català de la Salut.
2. Guevara-López U, Covarrubias-Gómez A, Elías-Dib J, Reyes-Sánchez A, Rodríguez-Reyna TS. Consensus Group of Practice Parameters to Manage Low Back Pain. Practice guidelines for the management of low back pain. Consensus Group of Practice Parameters to Manage Low Back Pain. Cir Cir. 2011;79:264-79, 286-302.